

表5. 自殺の危険因子、自殺直前のサインを職場で確認できる可能性の回答分布

	(組織・管理面)			
	大半の事業場で可能	一部の事業場で可能	ほとんどの事業場で不可能	
(人的資源面)	あまりなくても可能	大半の事業場で可能 ・業績の急落 ・突然の家出・失踪 ・引きこもり ・口論・けんか ・過度の危険行為 ・食欲減退・体重減少	一部の事業場で可能 ・事故傾性	ほとんどの事業場で不可能
	ある程度必要		一部の事業場で可能 ・自殺未遂の既往 ・精神疾患の罹患 ・援助組織(者)の欠如 ・感情の不安定 ・援助の拒絶 ・投げやりな態度 ・身なりに無関心 ・注意集中の低下 ・不眠 ・さまざまな身体的不調 ・周囲からのサポート消失 ・アルコール・薬物の乱用 ・自殺のほめかし ・自殺を口にする	ほとんどの事業場で不可能
	充実していないと困難		一部の事業場で可能 ・喪失体験を持つ ・ある種の性格傾向を持つ ・絶望・孤独・自責・無価値 ・不自然な明るさ ・性格変化 ・興味の喪失 ・大切なものの整理 ・死へのとらわれ ・自傷行為	ほとんどの事業場で不可能 ・自殺の家族歴 ・遺書の用意 ・自殺の計画立案 ・自殺の手段準備 ・自殺予定場所の下見
	きわめて困難			ほとんどの事業場で不可能 ・児童期の虐待経験

表 6. 聞き取り調査のまとめ

産業保健スタッフが持つべき自殺予防の基本的な考え方

- ・自殺防止には限界があることを認識し、「飛躍的に」よりも「少しでも」改善させるとい
うスタンスがよい。
- ・うつ対策が基本である。
- ・うつの症状を見逃さない。
- ・事業所の施策として活動をすすめる視点も重要である。

現時点での事業場内の問題

- ・緊急を要さない例に対しては対応が難しい。仕事の因子が薄いと特に難しい。
- ・非公式に得た情報の扱いは難しい。
- ・産業保健スタッフ（産業医など）の知識、技術面の底上げが必要である。そのためには、
スーパーバイザーの存在も重要である。
- ・自殺の危険因子、直前のサインを発見した後のルート整備が困難なことがある。
- ・専属産業医よりも嘱託産業医のほうが聞きやすい側面もある。

事業場外資源に関する問題と課題

- ・切羽詰っていない段階で専門医につないでも、必ずしも支援が得られないことがある。
- ・現時点では、精神科専門機関のキャパシティに問題がある。
- ・精神科専門医が地域でチームを作り、それに産業保健スタッフがアプローチする形が想
定できる。
- ・EAP の活用を検討する。
- ・EAP の質の向上が待たれる。
- ・産業保健推進センターの有効活用を検討すべきである。

産業保健スタッフが行う具体的な方法

- ・幅広い啓発活動が重要である。
- ・自殺の危険因子と直前のサインは峻別して考えるべきである。
- ・自殺の危険因子と直前のサインを拾うためには、職場の信頼関係が必要である。
- ・管理監督者教育に関連事項を盛り込む。
- ・多くの事業場では、保健職、看護職が職場のキーパーソンになる。
- ・情報を得た段階で、早期に本人と面接する場をもつ。
- ・電話、メール相談も（問題はあるが）有効に機能しうる。
- ・どこまで関わって専門医につなぐかを明確にしておく。
- ・事業場内外のネットワークを構築することが重要である。
- ・産業保健スタッフが、管理監督者等から多くの情報を入手できるようなシステムが望ま
れる。
- ・家庭問題など健康問題以外の情報も得られるとよい。

- ・ 社内の福利厚生などの制度の知識も得ておく。
 - ・ 常時、関連情報を流しておく。
 - ・ 上司や人事担当との連携方法を確立しておく。
 - ・ 緊急時の対応を整理しておく。
 - ・ 紹介先を複数確保しておく。
 - ・ 必要に応じて家族とも連携できる体制を作る。
 - ・ 労組などから非公式な情報を得る。
 - ・ 事故傾性などについては、経時的な変化について（以前と比べて）の情報を得る。
 - ・ 自殺未遂者には定期的面談をする。
 - ・ 自殺の手段を減らす（ビルの屋上の柵を高くするなど）。
 - ・ 自殺リスクのある単身赴任者は家族のもとに戻すことを検討する。
-

表 7. M. I. N. I. の大うつ病エピソードモジュール (以下 M. I. N. I. -D 9 項目版)

A1	この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	いいえ	はい
A2	この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	いいえ	はい

(A1、または A2 のどちらかが「はい」である場合下記の質問にすすむ)

A3 この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あなたは：

- | | | | |
|---|---|-----|----|
| a | 毎日のように、食欲が低下、または増加していましたか？または、自分では意識しないうちに、体重が減少、または増加しましたか（例：1ヶ月間に体重の±5%、つまり70Kgの人の場合±3.5Kgの増減）？
食欲の変化か、体重の変化のどちらかがある場合、「はい」に○をつける。 | いいえ | はい |
| b | 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？ | いいえ | はい |
| c | 毎日のように、普段に比べて話し方や動作が鈍くなったり、またはいらいらしたり、落ち着きがなくなったり、静かに座っていられなくなりましたか？ | いいえ | はい |
| d | 毎日のように、疲れを感じたり、または気力がないと感じましたか？ | いいえ | はい |
| e | 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？ | いいえ | はい |
| f | 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？ | いいえ | はい |
| g | 自分を傷つけたり自殺することや、死んでいればよかったと、繰り返し考えましたか？ | いいえ | はい |

A1～A3の回答に、少なくともA1とA2のどちらかを含んで、5つ以上「はい」がある？

いいえ	はい
大うつ病エピソード	

表8. A3.a～A3.gの結果と、M.I.N.I.-D 9項目版による最終結果との一致度

	敏感度	特異度	陽性的中率	陰性的中率	Kappa係数
A3 a 食欲や体重の変化	0.37	0.83	0.51	0.73	0.21
b 不眠	0.72	0.72	0.56	0.84	0.41
c 動作緩慢・不安焦燥感	0.66	0.76	0.57	0.82	0.40
d 易疲労感・気力のなさ	0.94	0.42	0.44	0.93	0.28
e 無価値感・自責感	0.61	0.88	0.72	0.82	0.52
f 集中や決断の困難	0.82	0.75	0.62	0.89	0.53
g 希死念慮	0.23	0.98	0.86	0.72	0.26

表9. A3項目の組み合わせによる結果とM.I.N.I.-D 9項目版の結果との一致度

(A1又はA2が陽性だった332名を対象)

パターン	堅 硬 区 分 点	MINI9項目版				陽性的中率	陰性的中率	Kappa係数		
		+		-						
		TP	FP	FN	TN					
パターン1	a, b, eの3項目 計5項目中3項目以上	91	34	18	189	0.83	0.85	0.73	0.91	0.66
パターン2	a, b, fの3項目 計5項目中3項目以上	99	43	10	180	0.91	0.81	0.69	0.95	0.66
パターン3	b, e, fの3項目 計5項目中3項目以上	103	40	6	183	0.94	0.82	0.72	0.97	0.71
パターン4	a, b, e, fの4項目 計6項目中4項目以上	79	7	30	216	0.72	0.97	0.92	0.88	0.73
パターン5	b, c, e, fの4項目 計6項目中4項目以上	97	6	12	217	0.89	0.97	0.94	0.95	0.88

表 10. M. I. N. I. -D 短縮版

B1	この2週間以上、毎日のように、ほとんど1日中ずっと憂うつであったり沈んだ気持ちでいましたか？	いいえ	はい
B2	この2週間以上、ほとんどのことに興味がなくなっていたり、大抵いつもなら楽しめていたことが楽しめなくなっていましたか？	いいえ	はい

B1、またはB2のどちらかが「はい」であるである場合下記の質問にすすむ

B3 この2週間以上、憂うつであったり、ほとんどのことに興味がなくなっていた場合、あなたは：

- | | | | |
|---|---|-----|----|
| a | 毎晩のように、睡眠に問題（たとえば、寝つきが悪い、真夜中に目が覚める、朝早く目覚める、寝過ぎてしまうなど）がありましたか？ | いいえ | はい |
| b | 毎日のように、自分に価値がないと感じたり、または罪の意識を感じたりしましたか？ | いいえ | はい |
| c | 毎日のように、集中したり決断することが難しいと感じましたか？ | いいえ | はい |

B1～B3(a,b,c)の回答に、少なくとも B1 と B2 のどちらかを
含んで、3つ以上「はい」があるか？

いいえ	はい
	↓
大うつ病エピソード の疑い	

表11. M.I.N.I.-D短縮版とM.I.N.I.-D9項目版との比較

(A1又はA2が陽性だった332名を対象)

		MINI9項目版		敏感度	特異度	陽性的中率	陰性的中率	Kappa係数
		+	-					
短縮版	+	25	11	0.86	0.77	0.69	0.90	0.6
	-	4	37					

厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）
分担研究報告書

自殺発生後の対応（ポストベンション）の方法論の検討

分担研究者 高橋祥友 防衛医科大学校教授

研究要旨：近年わが国では毎年3件を超える自殺が生じている。また、世界中では毎年約100万人の自殺者が推定されている。このように、自殺はわが国ばかりでなく、世界的にも深刻な社会問題となっており、世界保健機関も自殺予防を最重要課題のひとつに挙げている。なお、家族、友人、同僚などといった自殺者を知っていた人々も深刻な打撃を受ける。自殺とは単に死にゆく人だけの問題にとどまらない。自殺予防に最善の努力を払うことは当然であるが、不幸にして自殺が生じてしまった場合には、遺された人々に対するこころのケアが必要になってくる。ケアが適切に行われないと、遺された人々が後に不安障害、うつ病、PTSD（心的外傷後ストレス障害）などの深刻な精神的問題を抱えることになりかねない。本研究は、強い絆のあった人の自殺という緊急事態を経験した人々に対してどのようなケアをすべきかを探るものである。一般的な対応の原則およびディブリーフィングをはじめとする専門的な技法について、本年度は情報を収集した。

A. 研究目的

最善の努力を尽くして自殺を予防することは当然であるが、それでも自殺は起こり得る。そして、遺された人々は深刻な心理的問題を抱えかねない。そこで、自殺が生じた際に遺された人々に対する心理的なケアの具体的な実施法について検討する。

B. 研究方法

自殺が生じた際の対応に関して一般的な対応および専門的な対策に関して内外の論文や分担研究者である高橋の経験をもとに提言としてまとめる。（倫理面への配慮のため、人物が特定されるようなデータに関しては触れていない。あくまでも方法論上の検討である。）

C. 結果と考察

密接な関係にあった人が亡くなるということは、遺された人々に深刻な影響を及ぼす。病死や事故死よりも、自殺が一層深刻な打撃を及ぼすこ

とは容易に想像できるだろう。

わが国では年間自殺者総数3万人という緊急な事態が1998年以来連続している。このような社会的な背景もあり、強い絆を持っていた人が自殺した後に、遺された人に対するケアに対して関心が払われるようになってきた。分担研究者の高橋はこれまでもこの種の問題について、精神科医として個々の患者のケアはもとより、学校や職場でグループに対するケアを要請された経験を有する。

自殺予防に全力を尽くさなければならないのは当然である。しかし、残念なことに、どれほど努力をしても時に自殺が生じてしまうというのも現実である。それまで一緒に働いてきた仲間がある日、突然、姿を消してしまうことの打撃たるや想像を絶するものがある。そこで、職場で自殺が生じたときに、同僚の自殺を経験した人々に対する影響を可能な限り少なくするにはどのような対応をすべきか、一般的な原則を述べるとともに、専門的なケアについても述べる。（なお、こ

の種のケアは秘密の厳守のもとに実施されているため、個々人を特定するような情報は一切触れられないことを断っておく。）

【自殺予防の3段階】

疾病の予防はしばしば一次予防、二次予防、三次予防に分類される。一次予防とは、疾病についての正しい知識を普及させたり、原因を取り除くことによって、疾病の発生自体を予防することである。二次予防とは、疾病に罹患した場合に、それを早期に診断し、適切な治療を実施することによって、疾病のもたらす障害の期間を可能なかぎり短縮させようとするものである。さらに、三次予防とは、疾病に罹患してしまったとしても、それに伴う後遺症を可能なかぎり少なくして、社会生活に及ぼす障害を減らし、日常生活への早期の復帰をうながすことを指している。

自殺の背後にはしばしば精神障害が存在しているものの、自殺そのものを疾病ととらえることができないため、自殺予防では、別の用語で3段階を表わす。基本的な考え方は大きく異なるものではない。

すなわち、自殺予防はprevention（事前教育）、intervention（危機介入）、postvention（事後対応）に分けられる。preventionとは、現時点でただちに危険が迫っているわけではないが、その原因などを事前に取り除いて、自殺が起きるのを予防することを指す。自殺予防教育なども広い意味でのpreventionに含まれる。interventionとは、今まさに起こりつつある自殺の危険に介入し、自殺を防ぐことである。ある人が薬を多量にのんで自殺を図ったとする。胃洗浄をして、救命し、自殺が起きるのを防ぐといった処置もこれにあたる。postventionは、不幸にして自殺が生じた場合に、他の人々に及ぼす心理的影響を可能な限り少なくする対策を取ることを意味している。

さて、わが国で実際に行なわれているのはほとんどがinterventionであって、preventionやpostventionはごく限られた範囲で行われている

に過ぎないというのが現状である。本論で焦点を当てるのは、これまでわが国でほとんど顧みられてこなかったpostventionについてである。その中でも、グループに対するpostventionに焦点を当てて解説したい。

【postvention：自殺の事後対応】

まず、postventionの原則について述べる。最初に述べる要点はかならずしも高度に専門的な技法ではなく、自殺が生じた際に、その現場において実施すべき原則を示す。

1. 関係者の反応が把握できる人数で集まる

まず、いつケアを実施するかが問題になる。できるだけ早い段階で実施するのが望ましいが、対象とするグループがケアを受け入れる準備ができていない状態にあるか否かを十分に検討すべきである。職場で同僚が自殺した場合には、葬儀が済むのを待ってもよいだろう。葬儀の準備で忙しい思いをしている最中に心理的なケアを実施しようとしても、そもそも外部からのケアを受け入れるだけのところの準備ができていないことも多い。（ただし、学校で生徒の自殺が生じたような場合には、成人とは異なり、なるべく早い段階でケアを実施すべきである。）

とくに人望の厚かった人の自殺は、職場全体の士気を著しく落とすことにさえなりかねない。なお、ケアを主導する人は、前もってどのような事態で自殺が生じたのか概要を把握しておいて、これから対処しようとしているグループの人々の状態をつかんでおくべきである。

さて、ケアを行う際のグループの人数であるが、あくまでも関係者の反応が十分に把握できる人数にする。たとえば、学校で生徒の自殺が起きると、全校生徒が講堂に集められ、校長が「命を粗末にしてはいけない」といった檄を飛ばす場面がマスメディアなどでよく報道されるが、このように大多数に対して一斉に通知するのはむしろ悪影響を及ぼしかねない。あくまでも、他者の自殺を経験した人がどれほど精神的に動揺している

のか把握できる数に限るべきである。

理想的には対象者は 10 人くらいまでにすべきである。20 人以上となると、自殺の事実について知らされた人の反応を的確にとらえるのが難しくなってしまう。多人数を扱わなければならない場合には、いくつかのグループに分けるといった工夫が必要になってくる。

また、誰がケアを主導するかというのも問題になる。できれば、利害関係がなく、専門的な知識もある、精神保健の専門家がケアを実施したほうがよい。というのも、たとえば、職場などで自殺が起きたときに、それまでの不満が上司に向けられて、自殺が生じた責任を問われ、不満が一挙に噴出すようなことが珍しくないからである。

とはいえ、可能な限り早い段階でケアを実施するのに、いつでも外部から専門家の協力が得られるとは限らないことも事実だろう。そのような場合には、職場で責任ある立場の人やメンタルヘルスの担当者が、以下に挙げるような手順を踏む必要が出てくる。

なお、ケアを中心的に進めていく人と、もう一人別に補佐役を置いて、グループの反応を見届けるのもよい方法である。

2. 自殺について事実を中立的な立場で伝える

自殺が生じたという事実を必死になって隠そうとしたところで数日の間に噂や憶測でほぼ全員に知れ渡ってしまう。自殺に関して緘口令を敷いたところで、その事実は瞬く間に広まってしまうのが現実である。

緘口令を敷くよりも、たしかに衝撃的ではあるが自殺が起きたという事実を淡々と伝えて、もしもそれに動揺している人がいるならば、積極的に働きかけていくほうが望ましい。

ある人の自殺が複数の自殺を引き起こす群発自殺 (clustered suicide) という現象が知られている。とくに若者の間で群発自殺が生じる危険が高いとしばしば報告されてきたが、成人の間でも群発自殺が起きる可能性はある。ある企業の小さな部門で数ヶ月の間に複数の自殺が生じたとい

う事実もある。他者の自殺が他の複数の人々の心に大きな傷を残すことは成人であっても当然予想できることである。

なお、自殺についてはあくまでも事実を淡々と話すべきであり、自殺者を非難したり、貶めるような発言をしてはならない。また、逆に亡くなった人の生前の様子をあまりにも美化して語るのも、逆効果になる。したがって、自殺という悲劇的な出来事に関しては、事実を淡々と伝えるにとどめるべきである。

3. 率直な感情を表現する機会を与える

postvention の重要な目的は、関係者の複雑な感情をありのままに表現する機会を与えることである。わが国では自殺が起きて、まるで何事もなかったかのように振る舞ったり、時が過ぎることだけが問題を解決する唯一の方法であると考え、その傾向が強い。しかし、その間にも、遺された人は強い衝撃を受けて、さまざまな問題を呈しかねない。直後には問題がないように見えても、何年もたってから心の問題が明らかになる人がいる。自殺した人と何らかのつながりがあった人々が集まって、お互いの率直な気持ちを語り合い、分かち合うことが重要なのだ。複雑な感情を抱いているのが自分だけではないと知るだけでも、負担が軽くなったと語る人は少なくないのだ。

なお、ここで注意しておかなければならない点がある。中には自分の感情を言葉に表せない人もいたので、全員がかならず話さなければならないといった強制する雰囲気を作るべきではない。率直な気持ちを話すことも自由であるし、他の人々の話を黙って聞いている自由もあることを最初に保証しておくことが重要である。

4. 知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する

知人の自殺を経験した後にはさまざまな複雑な症状が起こり得る。ところが、とくに精神医学に関する知識が十分でない一般の人々は、そのような症状が自分だけに起きている異常な反応と

考え、誰にも相談できずに悩んでいることがしばしばある。時間の経過とともに軽快していく症状でそれほど心配のないものから、ただちに適切な介入を始める必要のあるものまでさまざまである。そして、その両者を的確に判断するには専門家による診察が必要になる。

表1のようなパンフレットをあらかじめ用意しておき、配布するのほひとつの方法である。この表は、近い関係にあった他者の自殺を経験した後に生じ得る、うつ状態、不安障害、急性ストレス障害などの症状を具体的に挙げたものである。あくまでも対象となる人々が理解しやすい言葉を用いる。また、相談先などについても具体的な情報を含めておく。

5. 個別に専門家による相談を希望する人には、その機会を与える

さらに、グループの中では自分の気持ちを十分に表現できなかったと感じ、個別に話を聞いてほしいと思っている人もいる。そのような人には可能な限り早い段階で、専門家に話をしたり、助言を受けたりできる機会を設けるようにする。これも時機を逸してしまえば、意味がなくなるので、十分な注意が必要である。

6. 自殺にとくに影響を受ける可能性のある人に対して積極的に働きかける

同僚が自殺したという事実は他の人々に深刻な影響を及ぼすことは再三指摘してきた。その中でも、とくに深刻な影響が出る可能性のある人に関しては、単にグループによる話し合いだけではなく、積極的に働きかけていく。フォローアップも必要であるし、家族などとの協力体制を築く必要もある。

表2は他者の自殺にとくに影響を受ける可能性のある人の特徴である。要するに、自分自身も自殺の危険因子を数多く満たしているハイリスクの人である。個別に働きかける場合もあれば、このような例を具体的にグループに指し示して、十分に気をつけるように注意を喚起する場合も

ある。

すでに精神科治療を受けているならば、家族を通じて治療者と連絡を取るなどといった工夫も必要になる。あるいは、まだ治療を受けていないのだが、他者の自殺に動揺し、明らかに問題行動を呈している人に気づいたら、精神科治療に導入する絶好の機会とすることもできるだろう。

7. その他

職場で自殺が起きた場合の、他の同僚たちへの心理的ケアを中心に解説したのだが、もっとも影響を受けているのは家族自身であることは言うまでもない。その人のことをいつまでも職場の仲間が忘れないでいることをさまざまな機会を通じて、遺族に伝えることも忘れてはならない。結局は、他の人々にとって、組織を構成する一人一人がいかに大切であるかを有形・無形に伝えることこそが、遺された他の同僚にとっても大きな意味を持つてくる。

また、職場で自殺が起きてしまったということは、悲劇的な状況であると同時に、自殺予防に対する正しい知識を広めるための絶好の機会でもある。普段ならば、大して関心を抱かないような人であっても、このような状況ではとても他人事とは思えず、自殺予防についての話真剣に耳を傾けることを筆者はしばしば経験している。職場の人々がまさに、自殺予防教育を受け入れるのに十分なこころの準備ができており、ときであるといっても過言ではないのだ。対象とするグループに属する人々がその段階でどの程度までの知識やケアを必要としているかを見きわめながら進めていくべきだろう。

【CISM理論に基づいたディブリーフィング】

現代社会では、深刻な心理的外傷を受ける事態がしばしば生じている。たとえば、自然災害、犯罪、交通事故、飛行機事故、テロなどである。わが国でも阪神淡路大震災、地下鉄サリン事件などはまだ記憶に新しい。これほどの大規模な事態でなくても、地域を震撼させるような事件がまった

くない日が続くことはめずらしい。そのために、緊急事態を経験した人々やその救援者に対するメンタルヘルスについて社会的な関心が高まってきた。ICSM（Critical Incident Stress Management：緊急事態ストレスマネジメント）は、日常的なストレスをはるかに超えた緊急事態を経験した人のこころのケアを実施するための専門的な技法として欧米で開発され、実施されてきた。ここではICSMの中でもディブリーフィングの概要について述べておく。

ディブリーフィングとは

ディブリーフィングとは緊急事態を経験した人々がトラウマ（心的外傷）から生じる影響を可能な限り和らげるために行うグループを対象としたアプローチの一技法である。

同じような事態を経験した同種の職種の人を対象とする。職場で同僚が自殺したような場合も緊急事態ととらえて、専門的なケアが必要になる。適切なケアを行われないと、職場内に動揺が走ったり、士気が低下することもめずらしくない。以前から上司に対して不満があったような職場では、自殺をきっかけにして、一気に特定の人物に対して攻撃性が噴出することさえあるのだ。また、遺された他の同僚がうつ病、不安障害、急性ストレス障害などの問題を抱える危険さえ生じかねない。

ディブリーフィングの参加者は10人前後までに限るほうが、参加者の反応がはっきりととらえられてよい。図1に示すように、精神保健の専門家がディブリーフィングのリーダーとなり、もうひとりピア・スタッフも入る。ピア・スタッフとは参加者と同様の職種でこれまでディブリーフィングを進めた経験のある人を指す。

ディブリーフィングの段階

典型的なディブリーフィングでは、図2に示すように、①導入、②事実、③思考、④反応、⑤症状、⑥教育、⑦再入の段階を経ていく。

①導入の段階では、ディブリーフィングの進め

方や目的について説明する。緊急事態を経験した後に複雑な感情を率直に表わす機会が得られないと、後にさまざまな心理的な問題が生じる可能性がある。ありのままの気持ちを率直に話してほしいと説明する。同時に、黙っていたい人は、他の参加者の話を聞くだけでもよいことも保証する。また、ディブリーフィングは犯人探しのような場ではなく、あくまでも悲劇を繰り返さないためには何ができるかという点を探ることを目的としていることを強調する。そして、その場で話された内容は決して他で口外しないことも互いに約束する。

次に②事実を確認する段階に入っていく。この段階では感情に直接触れることが少ないため、比較的抵抗なく話ができる。何が起きたか承知しているつもりでも、それぞれが断片的な知識を持っているだけに過ぎないことも多い。まず、何が現実にか起きたのかという事実を共有するのだ。各人がさまざまなことを知っていると思いついても、断片的な内容であったり、流言蜚語に近い内容であることすらめずらしくない。

次に、その時、自分は何を考えて、どう反応したのかというのが、③思考と④反応の段階である。日本人の場合、③と④の過程がかならずしも明確に分けられるばかりではなく、両者が混在することもしばしばである。この点に関しては臨機応変に対応していく必要がある。

⑤症状の段階では、緊急事態後に自分に生じているさまざまな症状を話し合う。「眠れない」「食事ができない」といったしばしば出てくる症状から、急性ストレス障害のフラッシュバックと考えられる症状まで出てくる。

あるディブリーフィングの「症状」段階で、参加者のひとりが、浴室で自殺体を発見した後、入浴できなくなってしまったと恐る恐る語った。すると、他の同僚もひとりで入浴するのが恐ろしくて、銭湯を利用してから帰宅しているなどと話をした。要するに、緊急事態を経験した後に、さまざまな症状が出ているのは自分だけではないと知るだけでも、不安や緊張がかなり和らいでいく。

参加者からの反応があまりでないようであれば、緊急事態を経験した際に生じ易い症状をディブリーパーから説明してもよい。それをきっかけにして、参加者からさまざまな症状が語られることはしばしばある。

⑥教育の段階は、⑤の症状の段階と密接に関連している。緊急事態を経験した後に、不安障害、うつ病、急性ストレス障害に類似した症状が出てくることがある。表1のようなパンフレットを用意して、説明するのによい方法である。

一般には数週間以内に自然におさまってくるが、それ以上続く場合は専門的な治療も必要になってくることを具体的に教育する。自殺が起きた後にディブリーパーを行う場合は、自殺予防教育の絶好の機会になる。さらに、ストレス・マネジメントの原則などについても解説する。

最後の⑦再入の段階では、参加者から質問も受け、それに答える。ディブリーパーそのものはグループに対する介入であるが、個別の相談を希望する人がいれば、ディブリーパーの後にその機会も設ける。専門相談機関などについての情報も伝える。そして、参加者から感想を述べてもらい、ディブリーパーを終える。1回のディブリーパーは1時間半から2時間程度で終了する。

フォローアップの重要性

ディブリーパーと同様あるいはそれ以上に重要なのがフォローアップである。フォローアップはディブリーパーの重要な一環といっても過言ではない。明らかに動揺していた参加者に対しては、参加者のほうから申し出て来るのを待つのではなく、リーダーやピア・スタッフがかならず声をかける。また、必要があれば、その後も連絡を取り合ったり、専門の機関に紹介したりする。

なお、ディブリーパーには長所も限界もある。たった一度のディブリーパーだけで、その後のうつ病や PTSD の発生率を確実に減らせるなどと考えているわけではない。ディブリーパー

はあくまでもファーストエイドであって、本格的な精神科治療の代替品ではないことを理解しておかなければならない。

ディブリーパーとは、緊急事態が起きた直後にその衝撃を可能な限り和らげるとともに、ハイリスクの人を早期に発見して治療に導入するスクリーニングの方法と考えればよいだろう。

D. 結論

自殺者3万人時代が続いており、深刻な問題になっている。もちろん、自殺予防に全力を尽くすことは当然である。しかし、自殺者数を直ちにゼロすることは不可能であり、現実の問題として、ある程度の数の自殺は残念ながら生じてしまう。不幸にして自殺が生じてしまったときに、遺された人々に対する影響を可能な限り少なくするための postvention の原則および専門的なディブリーパーについてまとめた。

次年度は、postvention に関してより包括的な取り組みに関して研究するとともに、ディブリーパーの効果と限界に関して内外の調査を検討する予定である。

E. 研究発表

1. 論文発表

- 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント。医学書院、2002.
- 高橋祥友：自殺とその予防。「精神科治療学」編集委員会・編「気分障害の治療ガイドライン」、pp.272-282, 星和書店、2002.
- 高橋祥友：アメリカにおけるサバイバーの問題。自殺予防と危機介入, 23(1):8-14, 2002.
- 高橋祥友：職場で自殺が起きた時：ポストベンションに焦点を当てて。労働の科学、57(12)729-733, 2002.
- 高橋祥友：中高年の自殺とその予防。プシコ、2002年4月号、38-43.
- 高橋祥友：自殺の現状と対策。健康教室、2002年7月号、30-35.
- 高橋祥友：自殺の疫学。臨床神経科学、20(5):

544-546, 2002.

- 高橋祥友：自殺とその予防策. 岡田章、川上憲人、吉川武彦他・編「メンタルヘルスケア実践ガイド」、pp.185-196, 2002.
- 高橋祥友：自殺. からだの科学、No. 225: 42-45, 2002.
- 高橋祥友：我が国の自殺の現況. 新医療、No. 328, 2002.
- 高橋祥友：わが国の自殺の実態について；自殺者3万人時代にどう対応すべきか. こころの科学、No.102: 2-8, 2002.

2. 学会発表

- 高橋祥友：自殺の問題とその対処. メンタルヘルスシンポジウム、広島大学、2002年2月21日
- 高橋祥友：働き盛りの自殺を予防するには. 平成13年度心の健康作りシンポジウム. 中央労働災害防止協会、九段会館ホール、2002年2月28日
- 高橋祥友：中高年の自殺予防. 日本産業衛生学会第43回産業精神衛生研究会、アクロス福岡国際会議場、2002年3月2日
- 高橋祥友：自殺の危険の評価と危機介入. 第7回日本緩和医療学会総会、愛媛県県民文化会館、2002年6月29日
- Takahashi, Y.: Current situation of suicide prevention in Japan. The 32nd World Congress of Psychiatry, Yokohama, August 28, 2002.
- Amagasa, T., Nakayama, T. & Takahashi, Y.: "Karojisatsu" or work-related suicide: A social problem in Japan. The 32nd World Congress of Psychiatry, Yokohama, August 29, 2002.
- 高橋祥友：過労自殺とその対策. 第50回日本職業・災害医学会学術大会、北九州国際会議場、2002年10月25日
- 高橋祥友：自殺の危険の評価と予防. 筑波大学学術講演会「自殺と精神科医療」、筑波大学、2002年11月15日
- 高橋祥友：働き盛りの自殺を防ぐには. 平成14年度防衛医科大学校学術集会、防衛医科大学校、2002年11月27日
- 高橋祥友：身体疾患と自殺. 第15回日本総合病院精神医学会総会、ホテルエドモント、2002年11月29日
- 高橋祥友：職場の自殺予防 postvention に焦点を当てて. 第10回日本産業ストレス学会、国立保健医療科学院白金台庁舎、2002年12月7日
- 高橋祥友、清水邦夫、澤村岳人、真崎義憲、山下千代、福岡詳、下園壮太：自殺が生じた後の対応に関する一提言：CISM に基づいた postvention の試みについて. 第23回日本社会精神医学会、岩手県民会館、2003年3月15日

表1 知人の自殺を経験した人へ

強い絆のあった人が亡くなるという体験は、遺された人にさまざまなところの問題を引き起こしかねません。病死や事故死よりも、自殺はさらに大きな影響を及ぼします。

このような体験をした人の中には以下に挙げるような症状が出てくることがあります。時間とともに徐々にやわらいでいくものから、長年にわたってところの傷になりかねないものまでさまざまです。時には、うつ病、不安障害、PTSD（心的外傷後ストレス障害）を発病して、専門の治療が必要になることさえあります。次のような症状に気づいたら、けっしてひとりで悩まずに〇〇〇（電話〇〇〇）に連絡して、相談に来てください（注：〇〇〇に具体的な情報を入れておく）。また、周囲の人に次のような症状に気づいた場合も、ぜひ相談を受けるように働きかけてください。

- 眠れない
- 食欲がない
- いったん眠っても、すぐに目が覚める
- 恐ろしい夢を見る
- 自殺した人をしばしば思い出す
- 街中で目にした別人を、自殺した人でないかと感じてしまう
- 知人が自殺した場面が目の前に現われる気がする
- 自殺が起きたことに対して自分を責める
- 自殺が起きたことに対して周囲の人に責められている気がする
- なぜ自殺が起きたのか、繰り返し疑問がわく
- 自殺の原因を必死で探ろうとする
- 死にとらわれる
- 自分も自殺するのではないかと不安でたまらない
- ひどくビクビクする
- 周囲にベールがかかった感じがする
- ところどころ記憶がぼんやりしている
- やる気が起きない
- 仕事に身が入らない
- 注意が集中できない
- 些細な事が気にかかる
- わずかな事も決められない
- 誰にも会いたくない
- 興味が湧かない
- 不安でたまらない
- ひとりであるのが怖い
- 心臓がドキドキする
- 息苦しい
- 漠然とした体の不調が続く
- 過呼吸
- 落ち着かない
- 悲しくてたまらない
- 涙があふれる
- 感情が不安定になる
- 激しい怒りにかられる
- どころなく体がだるい

表2 他者の自殺に影響を受ける可能性のある人

- 自殺者と強い絆があった
- 精神障害にかかっている
- これまでに自殺を図ったことがある
- 自殺者と境遇が似ている
- 自殺が起きたことに責任を感じている
- 自殺体最初に発見した
- 遺体の搬送に当たった
- 葬儀でとくに打ちひしがれていた
- 知人の自殺後、態度が変化した（例：繰り返し事故を起こす、欠勤がち、飲酒量が増える）
- 職場や家庭でさまざまな問題を抱えている
- サポートが十分に得られない

図 1：ディブリーフィングの配置

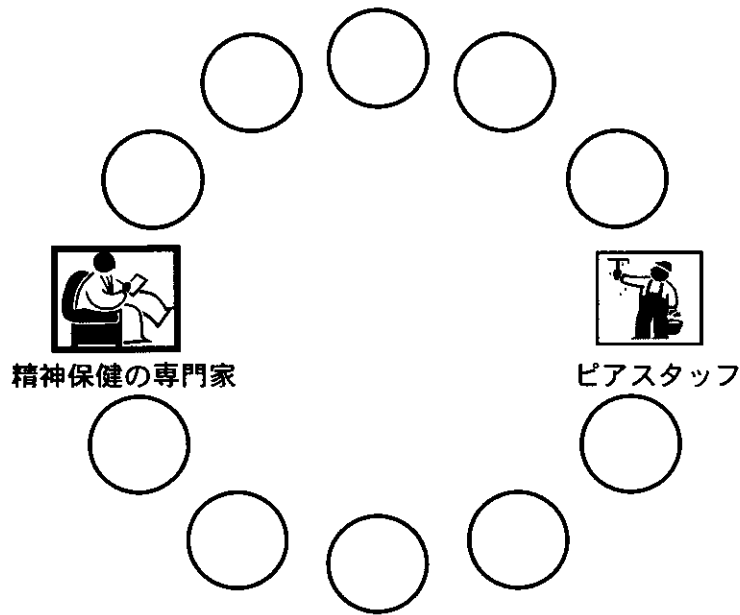
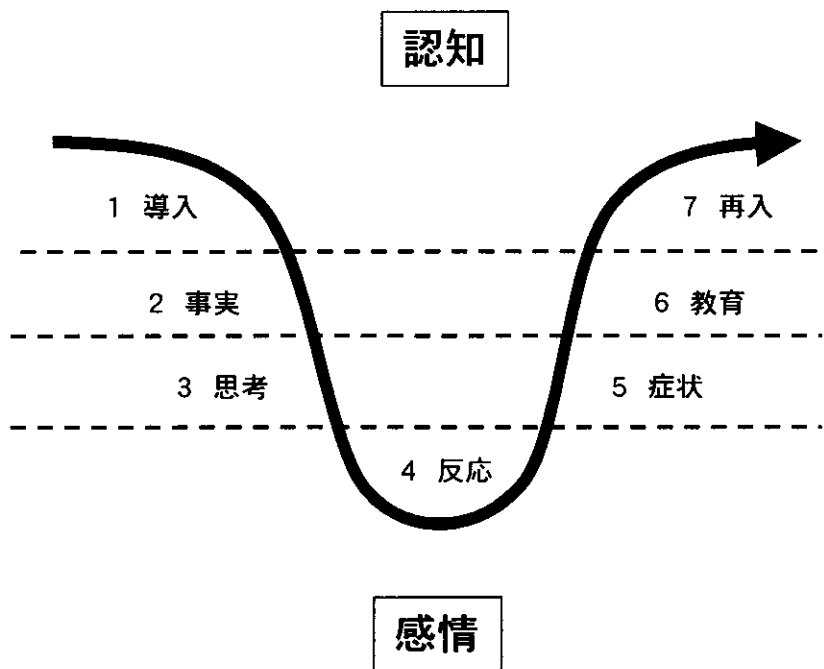


図 2：ディブリーフィングの過程



厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）

分担研究報告書

労働者向け自殺予防教育プログラムの開発および介入研究による効果評価

分担研究者 永田頌史 産業医科大学産業生態科学研究所教授

研究要旨：平成14年度の研究は、Ⅰ.自殺予防教育プログラム試案の作成及び自殺予防マニュアル試案（管理監督者用、一般労働者用、家族用）の作成と評価、Ⅱ.自殺事例の収集とリスクファクターの分析、Ⅲ. EAPによるメンタルヘルス対策の効果評価の3テーマからなっている。

自殺予防教育プログラムでは、職場のメンタルヘルス教育の中で、自殺予防に必要な知識や具体的方法について、管理職教育や一般労働者教育に教材として使用できるように、叩き台としての図や表を作成した。自殺予防マニュアルは、管理監督者用、一般労働者用、家族用の3部を作成し、それぞれの対象者にマニュアルと質問紙をつけて評価してもらい、改善のための意見を記述してもらった。結果は予想通り、有用ではあるがもっと簡略で解りやすくする必要性や活字を少なくして図表やイラストを多くすることなどの意見が多かった。これらの意見を参考にして、より解りやすく有用性の高いものへと改良していく必要がある。

自殺事例は45例が収集された。職場や職場以外の心理負荷はうつ病の存在とともに重要なリスクファクターであることが判った。また、自殺の特異的なサインを出す人は限られており、非特異的サイン（うつ症状や本人の訴え）に関しては、家族が気づいていることが多いことなどがわかった。これらのことは、管理監督者用のみならず、一般労働者、家族用の自殺予防マニュアルが必要なことを示唆している。

EAPによるメンタルヘルス対策の効果評価に関する研究では、人事担当者に対するアンケートでは比較的高い評価が得られていること、企業業績と自殺発生が関連している可能性があること、メンタルヘルス対策（管理職研修や相談体制の整備）を行うことによって相談事例が増え、一次的に疾病休業日数も増えるが、その後減少する傾向があることがわかった。自殺事例は増加していないが、もともと例数が少ないため、効果評価に関しては、更に観察が必要である。

Ⅰ. 職場における自殺予防教育プログラム・マニュアルの作成と評価

担当者：三島徳雄・久保田進也
森田哲也・永田頌史

A. 研究目的

本研究の目的は職場における自殺予防のための教育プログラム・マニュアルを作成し、実際に現場で使用してもらい、その評価や意見を踏まえてより使い易くて有用性の高いものを作ること

である。

B. 研究方法

職場における自殺予防のための教育プログラムの叩き台となる教材資料（資料1）を作成した。自殺予防マニュアルは管理監督者（以下管理職）用（資料2）、家族用（資料3）、一般職用（資料4）の3部を作成した。管理職用と家族用は同じ図表を用い、一般職用は別に作成した。

本年度は、3部のマニュアルと質問紙（資料5）

を6事業場の産業保健スタッフ40名に対して配布し、アンケートによる評価を依頼した。このほかに管理職用のマニュアルは複数の事業場の管理職95名に対して配布され、家族用自殺予防マニュアルは労働者の家族52名に配布され、一般職用自殺予防マニュアルは、一般職68名に対して配布された。アンケート用紙はマニュアルと同時に配布され、郵送により回収した。

C. 研究結果

産業保健スタッフからは、管理監督者用マニュアルと家族用マニュアルに関してそれぞれ28通（回収率70.0%）、一般職用マニュアルに関しては29通（回収率72.5%）が回収できた。事業場の管理職からは62通（回収率65.3%）、勤労者の家族からは22通（回収率42.3%）、一般職からは22通（回収率32.4%）の回答が得られた。アンケートは、マニュアルを読まないという回答ができないので、時間がかかること、自殺というテーマはなじみが少ないことなどから、一般職や家族からの回収率が悪かったものと思われる。

産業保健スタッフからの回答は、管理職用マニュアルの分量に関しては「丁度よい」が53.6%、「多すぎる」が32.1%で、内容に関しては、「大変わかりやすい」が10.7%、「わかりやすい」が57.1%で両者を合わせて、約68%がわかりやすいと回答していた。部下の健康の維持や危機回避に役立つかとの質問に対しては、39.3%が「大変役に立つ」、42.9%が「少し役に立つ」と回答していた。また、部下の自殺予防に役に立つかとの質問に対して、32.1%が「大変役に立つ」、50.0%が「少し役に立つ」と回答していた（図I-1）。

家族向けマニュアルの分量に関しては、64.3%が「丁度よい」、25.0%が「多すぎる」と回答していた。内容に関しては、「大変わかりやすい」が28.6%、「わかりやすい」が46.4%で合計75%がわかりやすいと回答していた。家族の健康維持や危機回避に役に立つかとの質問に対しては、39.3%が「大変役に立つ」、46.4%が「少し役に立つ」、合計85.7%が役に立つと回答していた。家族の自殺予防に役に立つかとの質問に対して、28.6%が「大変役に立つ」、64.3%が「少し役に立つ」、合計92.9%が役に立つと回答していた（図I-2）。

一般職向けマニュアルに関しては、62.1%が「分量は適切」、13.8%が「少なすぎる」と回答していた。内容に関しては、「大変わかりやすい」が27.6%、「わかりやすい」が55.2%で、合計82.8%がわかりやすいと回答していた。自分の健康の維持や危機回避に役に立つかとの質問に対して、31.0%が「大変役に立つ」、51.7%が「少し役に立つ」と回答していた。また、自殺予防に役に立つかとの質

問に対して「大変役に立つ」が24.1%、「少し役に立つ」が58.0%であった（図I-3）。

自由記述の部分は資料6にまとめた。

管理職用マニュアルの自由記述の部分では、「つけ加えた方がよいと思われる内容」に関して、対応方法を図式化する、管理職が一人で抱え込まないようにサポート体制を作る、事例を入れる、などの要望があった。「簡単にした方がよい部分」に関しては、管理職の聴き方より、専門家へのつなぎ方を教えた方が有効、大幅に削って簡略化しないと読んでくれない、字が多いので図表化した方がよい、などの要望があった。「気づいた点や要望など」に関しては、カラー化・図式化・フローチャートが必要、結果責任・守秘義務についてふれる必要がある、明るい職場を作るにはどうすればよいかなどを最初にもってきて読みやすくする、重要なポイントがわかるように囲みや下線をつけるなどの工夫が必要、などの要望が多かった。

家族用マニュアルの自由記述部分では、「つけ加えた方がよい内容」に関して、うつ病や自殺予防には、家族のサポートが非常に重要であることをもっと強調した方がよい、マンガ・イラスト・表現の平易化が必要、配偶者にだけ負担がかからないように一人で抱え込まないことも加えた方がよい、医療機関へは家族が付き添うこと、産業保健スタッフへ連絡する方法もあることを加える、などの要望があった。「省略した方がよい内容」に関しては、「あなたが一人で・・・」の部分は、一般職用のマニュアルがあるから省略した方がよい、その方が内容がすっきりする、全体的にもう少し簡潔にまとめた方がよい、などの要望があった。「気づいた点や要望など」に関しては、ライフイベントの表は見にくいので絵を加える、マニュアル配布時に説明を加えた方がよい、自殺予防マニュアルというタイトルが刺激的過ぎるので表現を柔らかくした方がよい、もっと図表化した方がよい、などの要望があった。

一般職用マニュアルの自由記述の部分では、「つけ加えた方がよい内容」として、実例での説明、自分の気づきだけでなく周囲の人の異常への気づきとその時の対応を加える、ストレスとなるライフイベントを加える、イラスト・図表化・表現の平易化が必要、などの要望があった。「簡単にした方がよい部分」に関しては、「ストレスに強くなる」部分は実際には役に立たないので省略した方がよい、病気の要因についてはもっと簡略化して理解しやすくする必要、図式化が必要、アルコール問題の部分はまとまりに欠ける、などの指摘があった。「気づいた点や要望など」については、産業保健スタッフという用語は一般の人にはわからないのでわかる言葉にかえる、タイトル